Rok XXXII. Kraków, 17. Czerwca 1893. Nr. 24.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Napisał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 23.)

Herman Kümmel[1]) w Hamburgu operował w różny sposób 10 osób dotkniętych padaczką. U dwóch chorych dotkniętych padaczką samoistną podwiązał tętnicę kręgową, w jednym przypadku tylko po jednej stronie, w drugim po obu stronach; w obu przypadkach bez skutku, gdyż po 8 latach po operacyi wystąpiły znowu napady. W następnym przypadku padaczki samoistnej wyciął Kümmel po jednej stronie górny zwój szyjny nerwu współczulnego podług Alexandra z przemijającym skutkiem dobrym.

Kümmel zarzucił więc dalsze próby z podwiązaniem tętnic kręgowych i wycięciem zwojów górnych nerwu współczulnego w padaczce samoistnej. W 4 przypadkach padaczki samoistnej bez poprzedzającego urazu, w których stwierdził obecność pewnego punktu bolesnego na czaszce i w których sposób powstawania napadów nie wskazywał na siedlisko w pewnem ognisku ruchowem, wykonał Kümmel trepanacyę w owych czułych miejscach na czaszce. Podczas operacyi nie znalazł Kümmel żadnych zmian anatomicznych ani na czaszce, ani na oponach mózgowych, ani też w istocie korowej. Do trepanacyi używał K. dłuta, przyczem robił małe otwory w czaszce (wielkości marki) a ubytek w czaszce pokrywał kawałkami z kości odwapnionej (Senn), która wrastała. Wyniki po trepanacyi były niezłe, gdyż w niektórych przypadkach mógł zauważyć ustąpienie napadów na dłuższy lub krótszy czas i poprawę stanu umysłowego. Najlepsze jednak wyniki miał Kümmel po trepanacyi w padaczce Jacksonowskiej. Kümmel operował w 3 podobnych przypadkach; we wszystkich można było z góry oznaczyć ośrodki ruchowe, z których napady brały swój początek. Do trepanacyi używał albo trepanu (w jednym przypadku) albo wykonywał osteoplastyczną resekcyę czaszki według Wagnera na znacznym obszorze. Wyniki były następujące: w jednym przypadku ustąpiły napady na przeciąg $3\frac{1}{2}$ lat, w drugim nastała znaczna poprawa tak co liczby napadów, jak co do stanu umysłowego chorego, w trzecim znikły napady na 8 tygodni, t. j. do chwili ogłoszenia przypadku.

Kümmel uważa więc tylko te przypadki padaczki samoistnej za przydatne do trepanacyi, w których znajduje się pewien punkt bolesny na czaszce; i tu można się tylko spodziewać poprawy. Co do padaczki odruchowej, sklania się Kümmel do poglądów Bergmanna, że padaczkę odruchową należałoby zaliczyć do ogólnej nerwicy, tj. do padaczki samoistnej, gdyż bodziec wychodzący z blizny powierzchownej musiał zadziałać na korę mózgową przez ciągłe drażnienie w ten sposób, że w niej powstały zmiany podobne do zmian w padaczce samoistnej.

W. Sachs[1]) z Nowego Jorku uważa padaczkę samoistną za bardzo rzadką postać chorobową i przypuszcza, że ona jest zazwyczaj następstwem urazu w wieku dziecięcym. Sachs skłania się do poglądów Férégo, Mariego i Chaslina, że patologicznym czynnikiem w padaczce jest stwardnienie czyli skleroza kory mózgowej jako następstwo wynaczynienia krwi podczas porodu. Sachs uważa więc stwardnienie za prawdziwą przyczynę padaczki samoistnej i urazowej. Napady mogą według niego wystąpić w miesiące lub lata po urazie czaszki. W przypadkach więc urazów czaszki, w których przypuszczać należy jej obrażenie lub wynaczynienie krwi w oponach mózgowych, należy według Sachsa trepanować zapobiegawczo, ażeby zapo-

[1]) l. c.

[1]) New York medical Journal 1892, February 20.

biedz owemu stwardnieniu; skoro objawy jego wystąpią, należy wyciąć owo miejsce stwardniałe w korze mózgowej. Ponieważ jednak obszar, w którym nastąpiła owa zmiana chorobowa, nie da się nigdy oznaczyć, radzi Sachs zawsze wykonywać wcześnie operacyę w przypadkach obrażeń czaszki.

Praktyczne wnioski, które wysnuwa Sachs, są następujące: 1) w każdym przypadku padaczki, w którym poprzedził uraz, należy wykonać operacyę jak najwcześniej, ażeby zapobiedz stwardnieniu; 2) napady początkowe są wskazówką, że już pojawiło się następowe stwardnienie; operując w tym okresie, można wstrzymać postęp choroby; 3) wycięcie chorego ogniska jest jedynym racyonalnym zabiegiem; jeżeli inne ogniska nie są w stanie podrażnienia, możemy się spodziewać dobrego skutku z trepanacyi.

Według Sachsa w 44% wszystkich przypadków drgawek dziecięcych rozwija się w następstwie padaczka i w padaczce samoistnej można często, badając ściśle, przekonać się o porażeniu nieznacznem w następstwie przebytych drgawek dziecięcych. Drgawki mogą pojawić się już w czasie życia płodowego lub w pierwszych miesiącach życia pozamacicznego w następstwie krwotoku, zakrzepu tętnicy lub zatoru; następstwem dalszem są zmiany sklerotyczne.

Z 4 przypadków Sachsa trepanacyi z przyczyny padaczki samoistnej, tylko w jednym nastąpiło widoczne polepszenie. Natomiast lepsze skutki miał Sachs z trepanacyi z przyczyny padaczki urazowej, tj. padaczki w następstwie obrażeń czaszki w wieku dziecięcym. We wszystkich 3 odnoszących się do tego przypadkach, nastąpiło trwałe polepszenie, gdyż chorzy wolni byli od napadów przez przeciąg 3 a względnie 6 miesięcy od czasu operacyi.

S. W. White[1]) z Filadelfii zwraca uwagę na okoliczność, że zabiegi operacyjne same przez się a nawet cięższe uszkodzenia ciała mogą czasowo albo trwale wstrzymać napady padaczkowe. Zabiegi operacyjne, które wstrzymały na pewien czas lub trwale napady padaczkowe, są następujące: trepanacya czaszki, podwiązanie tętnic kręgowych lub szyjnych wspólnych, wycięcie górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego, kastracya, tracheotomia, przecięcie blizn na czaszce, naciąganie nerwu kulszowego a wreszcie inne operacye i przypadkowe uszkodzenia ciała. White zebrał 154 przypadków z przystępnej sobie literatury w tablicę, z której okazuje się, że rzeczywiście w 154 przypadkach leczonych z umysłu za pomocą przytoczonych zabiegów, albo też, w których operowano dla innej przyczyny, nastąpiło znaczne polepszenie albo wyleczenie.

Z tych w 56 przypadkach trepanacyi celem leczenia padaczki albo nie znaleziono żadnych zmian ani w czaszce, ani w oponach mózgowych, albo też znaleziono tylko bardzo nieznaczne zmiany (jak zgrubienie czaszki, nieco płynu surowiczego pod oponą miękką). White nie może sobie dokładnie zdać sprawy, dlaczego tak różnorodne zabiegi wpływają korzystnie na padaczkę; przypuszcza też jednak wpływ psychiczny samych zabiegów.

Wspomnieć tutaj muszę o wpływie szczepień ochronnych Pasteura przeciw wściekliźnie na padaczkę[2]). W r. 1891 leczono w zakładzie Pasteura dwóch młodych epileptyków pokąsanych przez wściekłe psy; leczenie odniosło dobry skutek, jednak, co rzecz ciekawsza, napady padaczkowe ustąpiły. Zdziwiony tem spostrzeżeniem Pasteur zakomunikował to Charcotowi. Dnia 6. maja 1892 roku dostawił Charcot zakładowi Pasteura dwóch dwunastoletnich chłopców, dotkniętych ciężką postacią padaczki. Zastósowano u nich szczepienia słabsze i po 6 dniach od rozpoczęcia leczenia stwierdzono ustąpienie napadów, które przedtem pojawiały się bardzo często.

A. de Giovanni[1]) zachęcony temi wynikami użył tego sposobu leczenia u kobiety, cierpiącej od 5 lat na coraz częstsze napady padaczkowe; w ostatnich czasach miała miewać po 5—6 napadów dziennie. Prócz tego dostrzeżono u chorej napady majaczenia i utrudnienia mowy i zmniejszenie się intelligencyi. Po szczepieniu przeciw wściekliźnie miano widzieć już drugiego (!) dnia polepszenie, ustąpienie napadów i poprawę stanu umysłowego. Giovanni spodziewa się trwałego wyleczenia (!?).

Wreszcie prof. V. Babes[2]) z Bukaresztu poleca podskórne wstrzykiwania prawidłowej substancyi mózgowej (zawiesiny w bulionie) nie tylko w neurastenii i melancholii, ale także w padaczce samoistnej. Do tej terapii zachęciło go spostrzeżenie, że osoby pokąsane przez psy wściekłe za użyciem wzmocnionej metody Pasteurowskiej miały być uwolnione od dawnych cierpień nerwowych a głównie melancholii i padaczki. Babes tłómaczył sobie korzystne działanie tych szczepień w ten sposób, że w tej metodzie wzmocnionej czynnikiem leczniczym jest właściwie wielka ilość wprowadzonej substancyi nerwowej, która dostawszy się do układu limfatycznego może wpłynąć korzystnie na osłabiony układ nerwowy.

W pierwszej swej pracy[3]) przytacza Babes obok znacznej liczby przypadków neurastenii i melancholii w ten sposób uleczonych, także 6 przypadków padaczki samoistnej, w których po wstrzykiwaniach podskórnych zawiesiny substancyi nerwowej (mózgowej), w bulionie w stosunku 1:5 (u epileptyków po 5—6 wstrzykiwań tygodniowo zawsze po 5—6 gr. zawiesiny) następowała zawsze bardzo szybko (już drugiego dnia) znaczna poprawa.

W drugiej pracy[4]) powiada Babes, że po usunięciu tych wstrzykiwań u osób dotkniętych padaczką napady powracały. W 11 następnych przypadkach padaczki samoistnej również widziano po tem leczeniu znaczną poprawę. Babes zaleca i w drugiej swej pracy stósowanie swojej metody w padaczce.

Constantin Paul z Paryża również z korzyścią miał używać metody Babesa w padaczce. Babes zastrzega się przeciw braniu za jedno swojej metody z metodą Brown-Séquarda (wstrzykiwania wyciągu z soku jąder), również zaprzecza skuteczności jadu wścieklizny w razie szczepień metodą Pasteurowską w padaczce a skutek przypisuje wprowadzonej przytem do układu limfatycznego znacznej ilości substancyi nerwowej.

Po porównaniu opinij przytoczonych powyżej autorów a po części na podstawie własnego doświadczenia przyszedłem do wniosków następujących:

1) W razie wybitnych objawów urazowej padaczki Jacksona wskazaną jest trepanacya czaszki wraz z otwarciem opony twardej i usunięciem dokładnem ogniska w korze mózgowej wywołującego kurcze padaczkowe (*epileptogene Zone*) (Bergmann).

[1]) J. William White. The supposed curative effect of operations per se. Annals of Surgery Vol. XIV. August and September 1891.

[2]) porównaj Lancet 1892, Vol. I, str. 1222.

[1]) Riforma medica z 12. lipca 1892.

[2]) Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittelst subcutaner Injection von normaler Nervensubstanz. Deutsche medicin. Wochenschrift 1892, Nr. 30, 28. Lipiec, str. 683 i 684 i Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie und genuinen Epilepsie mittelst Injectionen normaler Nervensubstanz. Deutsche medizin. Wochenschrft 1883, Nr. 12, 23. Marzec, str. 279 i 280.

[3]) l. c.

[4]) l. c.

2) Zabiegi chirurgiczne w padaczce samoistnej są usprawiedliwione tylko w przypadkach świeżych.

3) W padaczce samoistnej wskazaną jest trepanacya w przypadkach z niedowładem pewnych grup mięśniowych, wskazującym na pewne ograniczone ognisko, dalej w przypadkach, w których kurcze w zakresie pewnych grup mięśniowych wyprzedzają kurcze ogólne, w których więc przypuszczać należy zadrażnienie pewnych ośrodków ograniczonych.

4) W każdym przypadku urazu czaszki z depresyą kości należy jak najwcześniej przystąpić do eksploracyjnej operacyi, t. j. przekonać się, czy blaszka wewnętrzna nie sterczy na wewnątrz. Operacya eksploracyjna w tych razach jest wskazaną nie tylko, w razie wystąpienia objawów uciskowych, ale i bez nich w celu zabezpieczenia się przeciw padaczce w następstwie urazu.

5) Wszelkie zabiegi na układzie naczyniowym mózgu i tętnicach kręgowych i szyjnych domózgowych należy zarzucić. Chwilowe polepszenie się w niektórych przypadkach przypisać należy wpływowi psychicznemu.

6) Również szczepienia jadem wścieklizny i szczepienia prawidłowej substancyi nerwowej wydają mi się nieracyonemi a chwilowe polepszenie w niektórych przypadkach przypisać należy wpływowi psychicznemu.

7) W świeżych przypadkach padaczki samoistnej, w których kurcze kloniczne ogólne występują odrazu a w których nie można wykryć żadnej przyczyny obwodowej, uważałbym za usprawiedliwione dalsze próby z wycięciem po obu stronach górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego podług Alexandra. Zamiast wycięcia zwoju górn go możnaby w przypadkach tych spróbować zastósowanego po raz pierwszy przezemnie wycinania pnia nerwu współczulnego w znaczniejszej długości; należałoby jednak nerw ten resekować po obu stronach wraz z wszystkimi trzema zwojami (górnym, środkowym i dolnym).

Działanie lecznicze tego zabiegu tłómaczę sobie jedynie w ten sposób, że może w przypadkach tych rozchodzić się o padaczkę odruchową a przez wycięcie nerwu współczulnego usunąć można drogę przewodnictwa od nieznanego bodźca zewnętrznego wprawiającego korę mózgową w stały stan podrażnienia.

II. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

W dalszym ciągu swoich odczytów będę musiał nieraz zwracać uwagę Panów na tę okoliczność.

Wszystkie czynności naszej świadomości odbywają się wedle pewnych stałych prawideł. Czynności te nazywamy wedle Lockego, Herbarta i innych filozofów - psychologów wyobrażeniami (*apperceptiones*, *Vorstellungen*). Schröder van der Kolk nazwał te miejsca kory mózgowej, w których się tworzą te wyobrażenia, ośrodkami wyobrażeń (*centra apperceptionis*); miejsca zaś, w których się tworzą pierwsze poczucia zmysłowe, ośrodkami poczucia (*centra perceptionis*). Ostatnie umieszczone są, jak wiemy, w ośrodkach mózgowych podkorowych. Poczuciem (*perceptio*, *Empfindung*) nazywamy zmianę nieoznaczoną dokładnie a więc niewyraźną i nieokreśloną ściśle; zmianę zaś ściśle i dokładnie określoną zowiemy wyobrażeniem, względnie spostrzeżeniem (*Wahrnehmung*). Poczucie pozostawia nas jeszcze w niepewności o tem, co czujemy; wyobrażenie, względnie spostrzeżenie przeciwnie daje nam jasny i pewny obraz tego, co czujemy. Niektórzy nazywają spostrzeżeniem czucie przedmiotowe, które zazwyczaj jest też ściśle określone; wszelkie zaś czucie podmiotowe a raczej ogólne, niewyróżnione ściśle, nazywają ogólnie poczuciem. Za pomocą zmysłów czujemy więc albo spostrzegamy.

Różne rodzaje czucia zmysłowego możnaby podzielić na 4 odrębne działy a mianowicie: czucie skórne, mięśniowe, wnętrznościowe i zmysłowe — a wszędzie rozróżnić możemy nadto: nadczułość czyli przeczulicę, t. j. zwiększenie czucia (*hyperaesthesia*), niedoczułość, t. j. zmniejszenie czucia (*hypaesthesia*), bezczułość, t j. zniesienie czucia (*anaesthesia*), w końcu zboczenie czucia (*paraesthesia*). Czucie skórne może być także rozróżnione na przedmiotowe i podmiotowe. Przeczulica pierwszego cechuje się nadmierną drażliwością na każdy ucisk, każde dotknięcie, każdą zmianę ciepłoty i t. p. Niedoczułość w tym względzie cechuje się przeciwnym objawem. Czucie rozmiaru doznaje zazwyczaj także pewnej zmiany w takich razach i zdaje się, że na tem właśnie polega uczucie nadzwyczajnej długości albo krótkości, względnie uczucie nabrzmienia lub skurczenia się. Uczucie to może tyczyć się całego ciała albo tylko pewnej jego części, jednej strony lub tylko jednego członka; może zatem być ogólne albo częściowe.

Na zmianie czucia ciepłoty polega uczucie nadmiernego gorąca (*ardor*) albo wielkiego zimna (*algor*); na zmianie czucia dotykowego, t. j. ciśnienia, względnie rozmiaru, polega uczucie swędzenia, jak w *pruritus*, mrowienia (*formicatio*, *Kriebeln*, *Ameisenkriechen*), pokłówania (*picotement*, *Prickeln*), łażenia robaków (*verminatio*, *Würmerwinden*), łaskotania (*titillatio*, *Kitzeln*). I te uczucia mogą tyczyć się całego ciała lub pewnej tylko jego części; zwykle tyczą się one tułowia lub głowy, czasem kończyn, niekiedy części płciowych, zwłaszcza u kobiet. Tu należą także różne omamy i złudzenia czucia, jak n. p. uczucie dotknięcia przez zimną rękę, chwycenia i potrząsania za barki lub za kończyny albo za części płciowe, ciągnienia lub przerywanego pociągania za odzież lub za włosy, odmuchania gorącą parą lub wrzekomo jadowitym jakimś gazem albo obcym wydechem trującym i zabójczym, dalej uczucie toczenia ciała przez robactwo, wyrastania nitek i włosów z palców lub paznogci, pokrycia łuskami, piórami, szczeciną i t. p., dalej uczucie zajęcia w posiadanie przez jakąś nadziemską istotę, n. p. przez szatana, który wszędzie po ciele łazi i w różnych miejscach co chwilę się sadowi.

Przeczulica objawiać się może także uczuciem bolu w różnych miejscach (*algia v. algesia*). Ból ten może tyczyć się jednego tylko nerwu i od tego nosi nazwę *neuralgia*, n. p. *supraorbitalis*, *ischiadica*, *intercostalis*, *occipitalis*, *abdominalis*, *genitalis* i t. p.; zmniejszenie uczucia bólu nosi nazwę *hypalgia* lub *hypalgesia*; zniesienie uczucia bólu nazywamy *analgia* lub *analgesia*. Ciekawem jest także uczucie mieszane, składające się z obniżenia czucia i otrętwienia obok uczucia bolu, co daje często powód do ciągłego drażnienia odpowiedniej części ciała, n. p. przez naciskanie, gnie-

cenie, kąsanie, lub ranienie w różny sposób. Dość często spotykamy przypadki, w których chorzy, szczególnie porażeni, przez gniecenie, kręcenie, naciąganie i szarpanie sprawiali w ciągu jednej nieraz nocy zgorzel pewnych części ciała a szczególniej części płciowych z następowem zejściem śmiertelnem. Nieraz ciągłem naciskaniem na dziąsła wywołują mocne zapalenie okostnej zębowej a potem sami wyjmują sobie palcami zęby. Niekiedy chorzy nieustannie gryzą się w język albo wargi i uszkadzają je w ten sposób i t. p. W takich przypadkach obok przeczulicy albo zmiany czucia dotykowego istnieje obniżenie albo nawet zniesienie czucia bólu. Często widzimy przeciwnie obok przeczulicy bolesnej obniżenie lub zniesienie czucia dotykowego lub czucia ciepłoty. Landois i Mosler opisali dziwniejsze jeszcze przypadki, gdzie obok obniżenia lub zniesienia czucia ciepłoty istnieje podwyższenie czucia ciśnienia lub rozmiaru i odwrotnie.

Zdarza się często, że gdy w zakresie pewnych nerwów występuje zmniejszenie lub zniesienie czucia, w innych okazuje się natomiast znaczne podwyższenie czucia tak, że te nerwy do pewnego stopnia za tamte działają. Dzieje się to szczególnie w zakresie nerwów czuciowych; może jednak wystąpić także i w zakresie innych nerwów zmysłowych. Są pewne formy połowiczego zmniejszenia lub zniesienia czucia (*hemianaesthesia s. anaesthesia unilateralis incompleta v. completa)*, które znikają pod wpływem działania podwyższenia ciepłoty, drażniących olejków lotnych, prądów elektrycznych a nawet po przyłożeniu pewnych metali, występują natomiast po stronie przeciwnej i to dopóty, dopóki powyższe wpływy działają, poczem znowu wraca stan dawny. Ten rodzaj zmiany czucia zowie się *transfertem.* Arndt nazywa ten objaw *translatio aesthesis*, przeniesieniem czucia. Ciekawe to zjawisko, odkryte przez Francuzów, bliżej badał i tłómaczył sobie Adamkiewicz w ten sposób, że zmniejszenie czucia, względnie zniesienia czucia, odnosi się tylko do zadrażnień słabych i krótkotrwałych; dla długotrwałych, silniejszych zadrażnień, jakie wywołują mocne olejki eteryczne i t. p., czucie jest utrzymane i dlatego przychodzi do skutku za ich działaniem.

Po stronie przeciwnej istnieje zwykle przeczulica zastępcza i ta właśnie ustępuje, gdy chora strona wraca do swej czynności. Tak więc zjawisko wyżej wspomniane polegałoby wedle Adamkiewicza głównie na uczuciu kontrastu t. j. uczuciu znacznej różnicy w przewodnictwie czucia po obu stronach, która znika po zastósowaniu mocnych podniet czuciowych na stronę chorą. Różnica ta tyczyć się ma tylko przewodnictwa czuciowego w ośrodkach nerwowych a mianowicie w istocie szarej rdzenia kręgowego.

To samo może się także odnosić do nerwów ruchowych a wtedy mówimy o współruchach. Ciekawem także bywa często zjawisko, że odruchy nie powstają, jak to zazwyczaj bywa, po stronie zadrażnienia nerwów czuciowych, ale po stronie przeciwnej. Nazywamy je wtedy odruchami skrzyżowanymi albo dziwacznymi (*paradoxe Zuckungen*). Objaw ten polega prawdopodobnie na tej samej zasadzie co przeniesienie czucia (*translatio aesthesis*).

Skreśliłem w krótkości najważniejsze rzeczy, odnoszące się do sfery świadomego poczucia; zastanówmy się teraz nad tworzeniem się właściwej świadomości, czyli wiedzy.

Noworodek przyjmuje zaraz po urodzeniu się wrażenia ze świata zewnętrznego za pomocą zmysłów. Odczute w odpowiednich ośrodkach podkorowych i ustalone we właściwych ośrodkach korowych wrażenia różnych zmysłów zbierają się z początku luźnie i bezładnie a potem zaczynają się łączyć czyli kojarzyć ze sobą w pewne grupy. Kojarzą się ze sobą najpierw wrażenia różnych zmysłów równocześnie działające, a więc i równocześnie odczute, a potem wrażenia odczute wprawdzie nie równocześnie, ale bezpośrednio po sobie i to albo wskutek działania jednych wrażeń tuż po drugich albo też tuż obok drugich. W ten sposób gromadzi się zwolna materyał, na podstawie którego później tworzy się wyobrażenie o czasie i przestrzeni.

Przez kojarzenie wrażeń świeżo odczutych z podobnemi wrażeniami dawniej odczutemi i ustalonemi a więc mogącemi być w każdej chwili w umyśle odtworzonemi, powstaje zdolność poznawania i rozróżniania różnych przedmiotów, t. j. tworzenie wyobrażeń. Tę właśnie zdolność zowiemy świadomością. Zdolność łatwego odtwarzania doznanych i odczutych wrażeń i łatwego łączenia ich ze sobą zowiemy wyobraźnią a zdolność dokładnego i trwałego ich ustalania pamięcią.

Noworodek nie umie jeszcze rozróżniać swego własnego ciała od innych ciał świata zewnętrznego i uczy się tego dopiero z wiekiem. Za pomocą zmysłu wzroku doznaje on poczucia barwy i kształtów. Gdy częściej te same obrazy widzi, ustala je w pamięci tak, że łatwo w każdej chwili może je sobie w umyśle odtworzyć i z czasem uczy się je poznawać i rozróżniać od innych przedmiotów. Spostrzegłszy pewien przedmiot, stara się zazwyczaj ująć go rękoma. Jeżeli może go dosięgnąć, odczuwa równocześnie za pomocą zmysłu czucia jego kształt a nadto właściwość jego powierzchni i jego ciepłotę. Kojarząc te uczucia doznane za pomocą zmysłu wzroku i czucia dotykowego, zapoznaje się dokładniej z danym przedmiotem i gdy go kilka razy dostrzeże wzrokiem lub poczuje rękoma, nauczy się rozpoznawać go tem dokładniej w przestrzeni. Gdy widzi swoje nogi, chwyta je także rękoma, ale w tym razie doznaje równocześnie podwójnego poczucia ze strony zmysłu czucia dotykowego raz w rękach, któremi przedmiot chwycił a nadto w nogach w miejscu, gdzie nastąpiło zetknięcie się ich z rękoma.

To podwójne poczucie równoczesne, powtarzając się kilka razy, uczy noworodka powoli rozróżniać własne ciało jako coś odrębnego w wszechświecie, gdyż za dotykaniem się wszelkich innych ciał ma tylko pojedyńcze poczucie za każdym razem. Gdy noworodek słyszy jakiś głos, zwraca się w stronę, z której ten głos pochodzi i często spostrzega przytem przedmiot, który ten głos wydaje. Kojarzy razem wrażenia otrzymane równocześnie za pomocą zmysłu słuchu i wzroku i gdy te wrażenia powtarzają się, umie nie tylko ten nowy przedmiot odróżnić od innych, ale nadto słysząc znajomy głos, n. p. szczekanie psa i t. p., potrafi wytworzyć sobie w wyobraźni obraz tego znanego już przedmiotu, od którego dany głos pochodzi. Gdy noworodek sam głos wydaje, natenczas ma nietylko poczucie głosu, ale nadto ma poczucie ruchów mięśniowych w krtani i klatce piersiowej podczas tego wykonanych; doznaje przeto równocześnie dwojakiego poczucia ze strony swych zmysłów i gdy się to częściej powtarza, nauczy się rozróżnić głos swój od wszystkich innych głosów a tem samem znajduje nowy sposób rozróżniania siebie od innych przedmiotów wszechświata. Gdy widzi jakiś przedmiot ruszający się, doznaje tylko poczucia ze strony zmysłu wzroku; gdy widzi ruszające się swoje

ręce lub nogi, ma oprócz tego równocześnie poczucie dokonanego ruchu mięśniowego i znowu poznaje, że te ruchy należą do jego ciała a utrwala się w tem przekonaniu jeszcze bardziej, gdy się dotknie swego ciała i dozna równocześnie podwójnego poczucia ze strony zmysłu dotyku.

W ten sposób przez równoczesne doznawanie za każdym razem podwójnego poczucia zmysłowego, uczy się dziecko powoli poznawać swoje własne ciało i odróżniać je od innych przedmiotów w wszechświecie. Za pomocą zmysłu wzroku jakoteż zmysłu czucia przychodzi dziecko już w krótkim czasie do poznania, że ciało jego stanowi jedną nierozerwalną całość.

Około siebie odczuwa ono różne przedmioty i odczuwa ciągłą zmienność otoczenia, szczególnie gdy jest przenoszone na różne miejsca; równocześnie jednak przy tej ciągłej zmianie otoczenia ma od swego własnego ciała zawsze i wszędzie prawie te same, ciągle powtarzające się poczucia i przychodzi do poznania, że ciało jego jest czemś odrębnem od otoczenia a nadto, że jest jednolitem, zawsze i wszędzie z niem razem ściśle złączonem i od jego woli zależnem a przytem mało zmieniającem się — wszelkie zaś zmiany tego ciała połączone są z różnemi, szczególniejszemi poczuciami, jakich nie doznaje dziecko za zmianą innych przedmiotów w wszechświecie — są to poczucia bólu, głodu, pragnienia i t. p. — Tak zwolna przychodzi dziecko do poznawania czyli świadomości swej własnej osoby w przeciwieństwie do poznawania czyli świadomości otoczenia, t. j. świata zewnętrznego, jako czegoś odrębnego od swej własnej osoby. W ten sposób tworzy się pierwsze pojęcie o własnej osobie, t. j. tak zwane „pierwotne ja“ (*Primaeres Ich).*

To pierwotne *ja* ma także odpowiednią, sobie właściwą pierwotną wolę. Pierwsze ruchy noworodka są czysto odruchowe; wola wtedy wcale jeszcze nie istnieje. W miarę wytwarzania się świadomości, rozwija się także wola a ruchy dziecka kierują się coraz więcej ku pewnemu celowi i stają się coraz bardziej dowolnymi.

Ruchy dowolne podzielić można na dwie główne grupy a mianowicie: 1) ruchy skierowane ku temu, by przedmioty świata zewnętrznego posiąść dla własnego ciała, są to t. zw. ruchy zaczepne; 2) ruchy skierowane ku temu, by ciało własne usunąć od szkodliwego wpływu przedmiotów zewnętrznych, są to t. zw. ruchy odporne. Ruchy zaczepne ograniczają się u oseska tylko do tego, by zaspakajać głód; osesek dlatego stara się wszystkie przedmioty, które spostrzega, nie wyłączając członków własnego ciała, chwytać ustami i ssie je albo gryzie. Później stara się posiąść przedmioty działające przyjemnie na jego zmysły, t. j. przedmioty barwne lub błyszczące i dźwięczne. Ruchy odporne skierowane są u oseska z początku wyłącznie przeciw zapędom otoczenia, zmierzającym do odbierania mu pokarmów albo do krępowania jego swobody w ruchach i dlatego broni się i krzyczy, gdy mu się usuwa pokarmy przed nasyceniem, albo gdy się go ubiera lub powija, lub w jakikolwiek inny sposób swobodne jego ruchy krępuje. Później nie pozwala sobie dziecko odbierać przedmiotów działających przyjemnie na jego zmysły, wszystko chce posiąść wyłącznie dla siebie, uważa się za właściciela wszystkiego, nie uznaje niczyjej własności; jest dlatego w najwyższym stopniu samolubnem.

Z czasem przywiązuje się dziecko do pewnych ulubionych przedmiotów tak dalece, że nie pozwala dać się rozłączyć z nimi; uważa je więc niejako za nierozłączne od swej osoby a przeciw wszelkim zapędom otoczenia, mającym na celu rozłączyć je od tych przedmiotów, broni się tak silnie, jakoby chodziło o jego własną osobę. Tak tworzy się więc powoli rozszerzenie się pierwotnego *ja* na coraz szerszy zakres przedmiotów; powstaje z czasem t. zw. *ja następowe* (*secundaeres Ich).*

Człowiek łączy nierozdzielnie ze swą własną osobą najpierw osoby pielęgnujące i żywiące go, dalej krewnych, przyjaciół, znajomych, cały naród, w końcu całą ludzkość lub też pewne tylko rzeczy i to przedmioty żyjące lub nieżyjące, swój majątek i dobytek a w dalszym następstwie własność swych najdroższych osób, własność narodu, całość ojczyzny i t. d. Wykształceńsi łączą ze swą osobą nierozdzielnie pewne pojęcia i zasady a wszyscy w obronie tych przedmiotów, które razem z własną osobą tworzą t. zw. *ja następowe*, gotowi są iść tak daleko, że nawet własną osobę t. j. pierwotne *ja* poświęcają, by tamto tylko ratować. To następowe *ja* jest, jak z tego wszystkiego widać, nie tak samolubne, jak pierwotne, owszem skłonne nieraz do poświęceń wszelkiego rodzaju. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Zarówno przeczące stanowisko pasorzytnictwu rakowemu zajmuje Karg w monografii swej [1]), z którą po części poznaliśmy się już poprzednio. Badał on przypadek cierpienia Pageta i wiele przypadków raka, zwracając baczną uwagę na twory opisywane jako pasorzyty przez Wickhama, Dariera, Sjöbringa i innych. *Pagets disease* nie jest to ani, jak chciał sam autor, odrębna postać chorobowa, ani, jak twierdzą inni, odmiana wyprysku przewlekłego (*eczema chronicum*), lecz nowotworowa sprawa rakowa w postaci jak najpowierzchowniejszej. Znajdujące się w tkance chorobowej twory, opisywane jako pasorzyty, nie są niczem innem, jak tylko młodemi komórkami nabłonkowemi w okresie przemiany rozwojowej (*progressive Metamorphose*), przedstawiającemi się przez to znacznie odmiennie od reszty nabłonków. Przeciwnie zaś w zwykłych rakach odnośne twory według wszelkiego prawdopodobieństwa stanowią wynik przemiany wstecznej w komórkach nabłonka. Ciałka fuksynowe Russela uważa Karg zgodnie z Klienem za ziarenka komórkowe Altmanna; co się wreszcie tyczy tych rozmaitych tworów sierpowatych, półksiężycowatych (Sjöbring, Steinhaus, Ströbe, Podwysocki i Sawczenko i inni), to, jakkolwiek trudno jest jeszcze z całą pewnością rozstrzygnąć ich pochodzenie, nie mają one nic takiego, coby przemawiało za ich naturą pasorzytniczą. Najprawdopodobniej słusznie uważa je Ribbert za pochodne chromatyny komórek nabłonkowych lub niekiedy za resztki leukocytów w nich zawartych.

Török [2]) roztrząsa krytycznie wywody badaczów co do pasorzytniczego pochodzenia raków, porównywając wzajemnie szereg opisanych postaci morfologicznych, mających przedstawiać najbardziej charakterystyczne twory pasorzytów rakowych. W rezultacie przychodzi do przekonania, że żadne z nich nie posiadają dostatecznych danych na to, aby roz-

---

[1]) Ueber das Carcinom. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXIV.

[2]) Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1892. T. XV.

wiać wątpliwości i przekonać dowodnie, iż rzeczone twory śródkomórkowe należą niewątpliwie do pierwotniaków. Na to zaś potrzeba badań, któreby mogły wykluczyć wszelką możność omyłek i pomięszania tych tworów, któreby udowodniły tożsamość spotykanych w rakach postaci ze znanemi dokładnie rodzajami pierwotniaków, wreszcie któreby przedstawiły cały szereg rozwojowy postaci następujących po sobie. Tymczasem zaś badania dotychczasowe jedynie tylko na podstawie zewnętrznego podobieństwa tworów śródkomórkowych w rakach do pewnych okresów w rozwoju niektórych pierwotniaków oparły swe zdanie o pasorzytniczem ich pochodzeniu, podając w ten sposób za pasorzyty cały szereg tworów morfologicznych, nic wspólnego z niemi nie mających a mianowicie:

1) Jąderka (Thoma, Nils Sjöbring, Russel).
2) Ziarenka komórkowe Altmanna (Russel).
3) Napęcznienie chromatyny i zwyrodnienie jądra (Ströbe, Thoma).
4) Wakuolizacyę jąder z treścią lub bez niej (v. Heukelom, Thoma, Steinhaus, Ströbe).
5) Oderwane cząstki chromatyny karyomitozy (Podwysocki i Sawczenko).
6) Czerwone ciałka krwi i leukocyty w pierwoszczu komórki (Sjöbring, Steinhaus, Ströbe, Sudakiewicz).
7) Zwyrodnienie jednorodne komórki (zrogowacenie) (Albarran, v. Heukelom).
8) Zwyrodnienie szkliste (Wickham, Kosiński, v. Heukelom).
9) Komórki wędrujące (v. Heukelom).

Tem bardziej więc zasługuje na uwagę zdanie Klebsa, iż „dopóki wykazać nie można innych danych oprócz własności morfologicznych spotykanych tworów, przyjmowanie ich za ustroje pasorzytnicze stanowić będzie tylko czasową hipotezę, która może przyczynić się do dalszych w tym względzie badań, lecz nie rozstrzygnie wątpliwości“.

Dalsze potwierdzenie wyrażonych poglądów daje Török w drugiej swej pracy [1]), gdzie przedstawia wyniki badań swych na bardzo wielkim materyale rozmaitych nowotworów rakowych. Nie będziemy powtarzać tu jego wywodów, gdyż trzebaby w takim razie przytoczyć dosłowny opis długiego szeregu spostrzeganych przez niego postaci komórkowych; ograniczymy się do treści wyników. Wszystkie zatem opisywane twory śródkomórkowe w rakach pochodzą albo ze zmian w jądrze komórki, określanych czy jako *morphologische Deconstitution* Pfitznera, czy jako *nucleäre Degeneration* Arnolda, jeżeli chodzi o twory, charakteryzujące się obfitością substancyi chromatynowej (drobne kulki, ziarenka, sierpy, półksiężyce zawarte w wakuolach lub w pierwoszczu komórki rakowej), albo też stanowią następstwo przemiany wstecznej w samym pierwoszczu (*vacuolisatio, degeneratio hyalina, necrosis colliquativa* etc.), sprawiającej powstawanie tworów jednostajnie błyszczących, lub też przezroczystych, drobnoziarnistych lub bezbarwnych, pęcherzowatych. Wreszcie zawsze należy mieć na względzie możliwość pewnych zmian wskutek działania na tkankę płynów utrwalających, które sprawiają niekiedy skurczenie się pierwoszcza komórek.

Jak widzimy, szereg nowych zdobyczy w zakresie morfologii i histogenezy raka nie doprowadził do ustalenia poglądów na etyologię tego nowotworu a nawet, na pierwszy rzut oka, wywołał rozdwojenie w zapatrywaniach się badaczów na rdzeń samej sprawy chorobowej. Gdzie szukać nici przewodniej pośród różnorodnych szczegołów, jak oceniać oddzielne spostrzeżenia i o ile można wysnuwać z nich ogólniejsze wnioski? oto zadanie badań chwili bieżącej. Że istnieją znaczne różnice w poglądach oddzielnych badaczów, jest to rzeczą zupełnie zrozumiałą. Tak zwane „fakty“ w naukach przyrodniczych, jak słusznie określa Huxley, „są prawdziwe tylko w stosunku do środków spostrzegania i do stanowiska tych, którzy je opisali“. W danej sprawie warunek pierwszy t. j. środki spostrzegania były mniej więcej jedne, więc też i wyniki spostrzeżeń co do swej strony faktycznej ogólnie jest zgodny, lecz ocenienie ich znaczenia, to mianowicie, co zależy w znacznej części od indywidualnego stanowiska badacza, dała wyniki różne. Tym zaś punktem zasadniczym stanowiska, tą osią w ocenianiu odnoszących się tu okoliczności jest kwestya zakaźności sprawy rakowej. Nie będziemy tu przytaczali szeregu danych, przemawiających za podobieństwem przebiegu raka do chorób zakaźnych, ani zarzutów przeciw takiemu poglądowi, gdyż sprawę tę omówiliśmy już poprzednio.

Kwestyą zakaźności raka podnoszono w nauce kilkakrotnie nawet i w czasach dawniejszych, utrzymać się jednak ona nie mogła w obec niemożności wykazania tego czynnika etyologicznego, któryby był owem *primum movens* sprawy chorobowej. Dla tego też przyjęto hipotezę Cohnheima, opartą na innej zupełnie zasadzie i do dziś utrzymującą się. W rzeczywistości zaś teorya ta, pomimo niewątpliwej swej oryginalności, należy do najfantastyczniejszych i dowolnych, jakie kiedykolwiek istniały w nauce. Pomimo to nie może ona wyjaśnić wielu stron ciemnych w powstawaniu raka i można z łatwością przytoczyć szereg zarzutów przeciw jej tłómaczeniu. Jak widzieliśmy, niektóre z najnowszych prac nad zakaźnością raka (Pfeiffer, Adamkiewicz) usiłują zburzyć nawet podstawę, na której zbudowana jest hipoteza Cohnheima — identyczność komórki rakowej i nabłonkowej, to jednakże usiłowanie ich, jak obecnie przynajmniej, jest jeszcze przedwczesne i zamało uzasadnione. Jeden z głównych zarzutów przeciwko zakaźności raka, nieprzeszczepialność, upadł, odkąd otrzymano wyniki dodatnie przez szczepienie zarówno na zwierzętach, (Hanau, Nowiński, Wehr), jak i na ludziach (Bergmann, Hahn); trudność udania się takiego doświadczenia zależy od trudności znalezienia odpowiedniego materyału, gdyż zwierzęta rzadko bywają dotknięte rakiem, z drugiej zaś strony zależy od nieznajomości warunków, jakich potrzebują do swego rozwoju komórki czy pasorzyty raka.

Pomimo jednak znacznego stopnia prawdopodobieństwa, jakie ma za sobą teorya zakaźności raka, wykazanie istnienia pasorzyta rakowego dotychczas jeszcze niepewnemi stopami dotyka się ziemi. Pod tym względem trudno nie przyznać słuszności badaczom twierdzącym, że same własności morfologiczne nie upoważniają do uznania spotykanych tworów za pasorzyty rakowe (Klebs, Török). Należy stwierdzić to i biologicznie przez odosobnienie ich i szczepienie, co stanowi słabą stronę odnoszących się do tego badań. Wprawdzie stale ujemne wyniki hodowli na zwykłych podłożach dowodzą tylko tego, że podłoża te nie są odpowiednie dla domniemanych pasorzytów raka, jak słusznie zwraca uwagę Adamkiewicz, lecz i podane przez niego *medium* do hodowli w postaci mózgu żywych zwierząt i dodatnie wyniki szczepienia w nim raka wymagają potwierdzenia.

Z drugiej strony zbyt pohopni a za mało krytyczni badacze zanadto hojnie obdarzali nazwą pasorzytów różne twory śródkomórkowe w raku, których część znaczna przedstawia niewątpliwie wytwory zmian w samych komórkach; ryczałtowe jednakże branie za jedno wszystkich tych z tworów z produktami rozpadu komórek jest za śmiałe. Trudno rzeczywiście przypuścić, aby jakaś cząstka zwyrodniałego jądra lub rozpadłego pierwoszcza komórki mogła przyjąć postać zupełnie prawidłową, dobrze barwiącą się, o budowie względnie dość złożonej (podwójna otoczka, sporocysty z zarodkami), jak to daje się widzieć niekiedy w komórkach raka. To też do rozstrzygnięcia tego mnóstwa wątpliwości i kwestyj spornych prowadzić mogą dwie drogi: 1° badanie morfologii i biologii pierwotniaków w tym zakresie i z taką dokładnością, jak to czyni dziś bakteryologia względem grzybków rozszczepnych (*schizomycetes*), 2° badanie całego szeregu przemian wstecznych w komórkach rakowych, których wytwory tak mało jeszcze obecnie są znane. Tylko ścisłe rozgraniczenie każdej z tych dziedzin doprowadzić może do stałych rezultatów. Widzimy zatem, że, jeżeli obecnie w etyologii raka ostatnie słowo pozostało jeszcze przed nami, to

---

[1]) Die protozoënartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit. Monatshefte für prakt. Dermatol. 1893. T. XVI.

w każdym razie liczne badania lat ostatnich rzuciły wiele światła na niektóre kwestye sporne, dając nadzieję, iż może w niedalekiej przyszłości i z tej ciemnej dotychczas dziedziny patologii zniknie wiszące nad nią *ignorabimus*.

Terapia.

T. Escherisch: **O miejscowem leczeniu błonicy gardła.**

Błonicę gardła należy uważać za chorobę ogólną z właściwemi sobie zmianami tak umiejscowionemi na migdałkach i łukach podniebiennych, jak w płonicy i odrze na skórze a durze brzusznym na błonie śluzowej jelit, przyczem te tylko przypadki należy uznać za niewątpliwie błonicze, w których wykryto prątki Lőfflerowskie. Zbadanie ich bakteryologiczne stanowi zarazem podstawę do racyonalnej terapii błonicy gardła a to przez niszczenie wprost laseczników, na miejscu schorzenia osiadłych.

Co do terapii miejscowej, panują dwa przeciwne zdania. I tak szkoła niemiecka (Monti, Henoch, Baginsky) utrzymuje, że wszelkie metody energicznego działania wprost na membrany błonicze przynoszą tylko szkodę błonie śluzowej a otwierają drogę i innym prątkom (*streptococcus*), — gdy z drugiej strony ich działanie desinfekcyjne jest bardzo wątpliwej wartości. Przeciwnie Francuzi bronią aplikacyi środków leczniczych wprost na miejsca chorobą zajęte, wykazując, że przez to zapobiega się rozszerzaniu nalotów i zgorzeli, chroni się ustrój od trującego wpływu jadu błoniczego, sprowadza się obniżenie gorączki i wpływa pomyślnie na stan ogólny.

Escherich dochodzi na podstawie swych spostrzeżeń do wniosków, że

1) Wszelkie lekko odrażające przepłukiwania i rozpylania na prątki błonicze wcale zabójczo nie działają. Jeżli się energicznie nie występuje z obawy, aby przez obrażenie błony śluzowej nie stworzyć nowej furtki dla zarazków chorobotwórczych, to okazuje się, że sprawa chorobowa niepowstrzymana rozszerza się, prątki zaś błonicze wnikają i w nienaruszoną błonę śluzową. Natomiast przyczyny niepomyślnych rezultatów po energicznem postępowaniu należy poszukiwać raczej w samej naturze przypadków, rozległości nalotów, ogólnem zakażeniu i t. p. komplikacyach, niż w samejże metodzie.

2) O skuteczności modły leczniczej należy sądzić po użyciu li tylko wypróbowanych środków, które zarazek niechybnie niszczą a nie pierwszych lepszych. przyczem również należy mieć na uwadze, że inaczej one działają na hodowle w rurce odczynnikowej a inaczej na błonie śluzowej gardła, gdzie aplikacya płynu nie tak łatwa a prątki już się głęboko zagnieździły.

3) Miejscowe stósowanie mocnych środków desinfekcyjnych niszczy niewątpliwie zarazek błoniczy, jak to można wykazać przez przeszczepianie prątków z dodatnim skutkiem przed desinfekcyą a z ujemnym wynikiem po desinfekcyi gardła.

4) Obecność prątków wcale nie zawsze i nie odrazu uwydatnia się tworzeniem nalotów; owszem przypadki ogólnego zakażenia trującym produktem mocno już w ustroju rozwiniętego zarazka jeszcze przed wystąpieniem błon przemawiają za obfitem rozprzestrzenieniem się prątków błoniczych na błonie śluzowej gardła, zresztą tylko na pozór zwykłym nieżytem dotkniętej. W niektórych przypadkach wcale nie przyszło do wytworzenia się błon mimo długiej obecności prątków, które natomiast można wykryć niekiedy nawet po tygodniach, już po ustąpieniu nalotów, na błonie śluzowej jeszcze tylko nieżytowo zaczerwienionej. I te to prątki raczej sprawiają intoksykacyę, niż owe umieszczone w nieunaczynionych błonach dyfterytycznych, od powierzchni resorbcyjnej błony śluzowej oddalone. W ten sposób należałoby upatrywać w wypocinie włóknikowej, stanowiącej niepodatne podłoże dla prątków, naturalną, celowi odpowiednią ochronę przeciw działaniu jadu błoniczego.

5) Do miejscowego leczenia nadają się głównie świeże naloty błonicze, ograniczone na migdałki i ich najbliższe sąsiedztwo. Gdy sprawa chorobowa przeszła i na drogi oddechowe, to miejscowe leczenie, choćby tylko przez to, że zmniejsza produkcyę toksyn, wpłynąć może korzystnie na dalszy przebieg choroby.

6) Gaucher przepłukuje gardło mocnym środkiem przeciwgnilnym, poczem pomazuje błony olejem kamforowo-karbolowym:

Rp. *Camphorae* 40·0
Olei ricini 30·0
Alcohol 90°/$_0$ 20·0
Acidi carbol. 10·0
Acidi tartarici 2·0.

Rennert poleca rozczyn sublimatu 1°/$_{00}$ z dodatkiem kwasu winowego,przez co zapobiegając powstawaniu osadu, tworzącego się za zetknięciem sublimatu z białkanami, potęguje działanie tego środka

(Rp. *Hydrarg. bichlor.* 1·00
Acidi tartarici 5·00
Aquae 1000·00)

inni dodają soli w stosunku jak 1:6:1000. Comby zaleca naftol, Simon *acidum salicylicum* w *infusum eucalypti*, Rehn *liquor ferri sesquichlorati* 1:4, Strübing pomazuje sublimatem 1°/$_{00}$ (co 4—8 godzin), płucze gardło 3°/$_0$ kwasem karbolowym z dodatkiem alkoholu (30 na 100) i wodą wapienną; inni wreszcie zalecali wodę chlorową, azotan srebrowy, kreozot, jod, salicyl, olejek cytrynowy i żywicznowy (*ol. eucalypti*) i t. d.

Escherich posługuje się wyłącznie płynami przeciwgnilnymi, gdyż działają najprędzej i najpewniej; oleistych (jak ów Gauchera olej kamf.-karbol.) używa jako środków odsłaniających w obrażeniach błony śluzowej; do stósowania sproszkowanych substancyj (jak n. p. cukru wedle Loreya) gardło się nie nadaje, gdyż nawet znaczne ilości wdmuchiwanego proszku wnet znikają skutkiem ruchów połykowych. Podawanie wewnętrznie leku, obliczone na zetknięcie się jego z miejscem chorobowo zajętem, podczas przełykania działa tylko krótko i powierzchownie, z drugiej zaś strony środków przeciwgnilnych nie można w ten sposób w należytej ilości używać z obawy zatrucia; płukania z trudnością tylko można aplikować u dzieci niżej 6-go r. ż., nadto dochodzą one zwykle tylko do łuków podniebiennych, dokładne zaś przepłukiwanie gardła nawet i u starszych jest prawie niemożebnem. Stósowanie sprayu wymaga dość drogich a łatwo się niszczących przyrządów, dużo czasu i wprawy; pomazywanie wreszcie prowadzi często do obrażeń błony śluzowej i napotyka u dzieci na znaczny opór.

Escherich posługiwał się aż do lata r. 1889 terapią oszczędzająco wyczekującą, polegającą li tylko na przemywaniu ust słabymi środkami desinfekcyjnymi, później jednak przeszedł do odrażających mocno.

Używa zatem *a*) rozpylania (spray) środkami przeciwgnilnymi na błonę śluzową gardła, przyczem zużywając małe tylko ilości płynu można wybierać tem mocniejsze rozczyny bez obawy zatrucia, tem więcej, że podczas rozpylania dziecko łatwiej odksztusza, zatem i płynu nie połyka — z drugiej zaś strony sposób zastósowania jest bardzo delikatny a skuteczny, bo rosa z rozpylacza tworzy jednostajną warstwę cieczy wciskającej się we wszelkie zagłębienia błony śluzowej a nawet z pewną siłą mechaniczną między błonę śluzową a naloty błonicze, którym dopomaga w ten sposób do łatwiejszego oddzielenia się bez uszkodzenia przybłonka — wreszcie sprayem można działać na miejsca żądane przez stósownie skierowanie rozpylacza.

Spray daje się użyć u starszych dzieci, zwłaszcza tam, gdzie nie brak należytej posługi; można go również użyć jako środka profilaktycznego tak w okresie nieżytowego zajęcia błony śluzowej, na której zagnieżdżają się prątki, chociaż jeszcze nalotów niema, jak też i w okresie, gdy już po zniknięciu błon dyfterytycznych przecież jeszcze żywotne prątki odnaleść można, jak n. p. wobec równoczesnej błonicy nosa; dalej w atypowych formach błonicy występującej zwłaszcza u starszych dzieci pod postacią *anginae lacunaris* bez tworzenia się wypociny, wreszcie u rekonwalescentów

po przebyciu błonicy przed wypuszczeniem ich ze szpitala do domu.

Ponieważ zwykle używane rozpylacze, jak n. p. ogólnie znany Richardsona, łatwo się tłuką, balony kauczukowe przy nich pękają, rurki metalowe zapychają się złogami przetworów rtęci i solami ciężkich metali, przeto skonstruował Escherich rozpylacz własnego pomysłu, szklany, płaski z rurką kauczukową doprowadzającą powietrze z ust dmuchającego do flaszki i drugą szklaną, odprowadzającą ciecz rozpyloną na miejsce aplikacyi. Rurka kauczukowa zastępuje tu miejsce balonika, przyrząd jest przejrzysty, daje się łatwo czyścić z jakiegokolwiekbądź użytego płynu, jest wygodny w noszeniu z powodu swej płaskiej formy a skutkiem swej prostoty tani i praktyczny.

Sprayu używa Esch. na dwóch posiedzeniach dziennie, po 3 do 8 razy za każdem posiedzeniem, po 5 do 30 sekund na raz.

b) Wymywanie jamy gardła gąbkami zamaczanemi w sublimacie nadaje się zwłaszcza tam, gdzie desinfekcya gardła za pomocą sprayu jest utrudniona oporem dziecka. Przeciwwskazania do ich użycia wynikają z komplikującej się sprawy gnilnej, z wieku, stanu fizycznego i psychicznego pacyenta, otoczenia i t. p.

W miejsce pęczków z waty wprowadził Esch. w użycie gąbki prasowane, wielkością i formą odpowiednie jamie gardła, miękkie, drobnoporowate, które łatwo można desinfekcyonować w rozczynie sublimatu, wygotować w gorącej wodzie, wysuszyć i kilkakrotnie używać. Zamaczane w sublimacie dokładnie i bez obrażeń wymywają chorobowo zajętą jamę gardła, desinfekcyonują ją należycie i zabierają z sobą błony dyfterytyczne. Przed użyciem należy je z nadmiaru płynu nieco wyżąć, jak również strzedz się w czasie aplikacyi odkruszenia, względnie połknięcia nasiąkłej środkiem przeciwgnilnym gąbki.

Za najskuteczniejszy przetwór desinfekcyjny uważa Esch. sublimat w roztworzeniu 1:2000 do 1:500; przetwory rtęci mają wedle Schultzego szczególne powinowactwo do gruczołów — wydzielając się przez nie, działają również od wnętrza na zarazek błoniczy.

Spray zużywa w 8—16 rozpylaniach na dobę 50 do 100 cm.^{3} 1‰ rozczynu sublimatu; największa jego dawka dochodzi zatem od 0·05 do 0·10; zielone zabarwienie częstych stolców, wymioty, ślinienie, wskazują na intoksykacyę.

Wewnętrznie podaje Esch. chloran potasowy, głównie ze względu na równoczesne używanie sublimatu.

Do płukanek, które mają być częste a obfite, nadaje się kw. borowy, tymol, woda wapienna 50%; równie dobrze zalecają się i kwasy organiczne, jak n. p. kwas octowy (Engelmann); u małych dzieci wystarcza przegotowana woda.

Kwas mlekowy, papajotyna i t. p. środki, mające działać na naloty błonicze przez swe własności chemiczne lub fermentacyjne, wymagają znacznego zgęszczenia lub długiej aplikacyi, przyczem działając raczej na naloty, niż na same prątki nie wypełniają głównego wskazania. Pomazywań zgęszczonym kw. mlekowym używano, zwłaszcza w błonicy przewlekłej z dobrym skutkiem; co do lizolu i innych metod leczenia jak podśluzowe wstrzykiwania, galwanokaustyka i t. p. nie posiada Escherich własnego doświadczenia.

Kombinowane leczenie z użyciem gąbek maczanych w sublimacie, sprayu i powyż podanej kamforowo-karbolowej mieszaniny dawało zupełnie zadawalające wyniki.

Wyleczenie sprawy błoniczej polega nie tyle na zniszczeniu prątków, gdyż te napotykane nawet jeszcze po zniknięciu błon okazywały równą żywotność, jak raczej na uzyskaniu miejscowej odporności tkanek przeciwko jadowi błoniczemu. Dowodzą tegoo doświadczenia Eschericha, Klemensiewicza i Behringa wykazujące, że w leczeniu błonicą zakażonych zwierząt i ludzi, odgrywa przeważną rolę ciało bliżej dotąd nieznane, w surowicy krwi zawarte, które trujący wytwór prątków błonicy osłabia a względnie niszczy zupełnie. (*Wiener klin. Wochenschr. 1893. 8. 9. 10*).

Dr. Leopold Kosiński.

Choroby oczne.

P i a s e c k i (z Gałaczu): **Dwa przypadki zapalenia tęczówki wiewiórowego**[1].

Autor wspominając w kilku słowach o zapaleniach rozmaitych narządów na tle wiewióra ogłoszonych w ostatnich latach, przytacza dwa przypadki zapalenia tęczówki wiewiórowego, obserwowane w szpitalu św. Spirydyona w Gałaczu. Pierwszy z nich tyczy się mężczyzny 28-letniego, który podaje, że pokrewieństwo miał zdrowe, chorował na dur w r. 1876 a po raz pierwszy dostał wiewióra w r. 1879. W r. 1890 podczas ćwiczeń wojskowych nabawia się znowu wiewióra, który wikła się z obrzmieniem małych stawów nogi lewej, co spowodowało uwolnienie chorego od marszu. Te bóle i obrzmienia stawowe, do których przed dwoma miesiącami przyłączyło się zapalenie stawu golenio-stopowego, trwają do dziś dnia. Przed trzema tygodniami dostał bólu z zmniejszeniem się bystrości wzroku i łzawieniem oka prawego; skarżył się przytem na kłócie pod sutkiem lewym. Kiły nie przebywał. Badanie chorego w dniu przyjęcia wykazuje w oku prawem, na wpół zamkniętem dla uniknięcia światła, lekkie zaczerwienienienie spojówek powiekowych, nastrzykanie rzęskowe dosyć znaczne, rogówkę prawidłową, ciecz wodną lekko zmętniałą, opalizującą. Źrenica zwężona nie oddziaływa na światło, jej pole szarawo-czarne; po zapuszczeniu atropiny pokazują się lekkie zrosty brzegu tęczówki z torebką soczewki. Chory liczy palce na trzy metry. Kończyna dolna prawa przedstawia dosyć znaczne, jednostajne i niebolesne obrzmienie stawu golenio-stopowego; kończyna lewa obrzmienie stawów śródstopo-palcowych palca I. i IV.; z cewki moczowej daje się wydobyć ciecz ropna. Wyleczenie nastąpiło w trzy tygodnie pod wpływem jodku potasu i leczenia miejscowego wiewióra.

Drugi przypadek tyczy się również mężczyzny 35 letniego, który przebywał po raz pierwszy wiewiór przed sześciu laty połączony z zapaleniem stawów, z powodu którego leżał 45 dni w szpitalu. Przebywał później jeszcze parę razy wiewiór i miał również trzy razy zapalenie spojówek. Obecna choroba trwa od ośmiu dni, rozpoczęła się wydzieliną ropiastą z cewki, po 4 dniach chory dostał bólu w oczach, od wieczora zaś opuchła mu noga prawa. Kiły nie przebywał. Badanie wykazuje wiewiór ostry z zapaleniem pęcherza; obustronne zapalenie spojówek i brzegu powiekowego, źrenice prawidłowe; opuchnięcie stawu golenio-stopowego prawego, bolesność części zewnętrznej kolana prawego. Pod wpływem leczenia zapalenie spojówek ustąpiło po sześciu dniach, zapalenie zaś stawów pomimo użycia wszelkich środków nie ustępowało; w ciągu zaś samego leczenia, które trwało przeszło 6 tygodni, nastąpiło zapalenie tęczówki oka lewego z lekkiemi przyczepinami, które trwało 14 dni i ustąpiło prawie równocześnie z bólami stawowemi.

Zastanawiając się dalej nad rozpoznaniem, autor przytacza lekarzy, którzy uznają istnienie zapalenia tęczówki wiewiórowego i podaje cechy charakterystyczne tego powikłania wiewióra:

1) Rzadkość tego powikłania w porównaniu z innemi powikłaniami wiewióra.

2) Że towarzyszy zwykle zapaleniom stawu wiewiórowym, co skłoniło wielu do uważania go za zapalenie tęczówki gośćcowe (*iritis rheumatica*), gdy przeciwnie powinniśmy oba powikłania uważać za objawy jednej i tej samej choroby głównej, to jest wiewióra.

3) Jej formę, gdyż niema wielkiej dążności do plastyczności jak inne formy i może być uważaną za zapalenie su-

[1]) Na oznaczenie tego, co się nazywa *gonorrhoea*, *blennorrhagie*, *Tripper*, jest stary wyraz polski w i e w i ó r, w Krakowskiem przez lud i teraz powszechnie używany. Posługiwanie się w tem znaczeniu wyrazem r z e ż ą c z k a jest niewłaściwe, bo rzeżączka, *stranguria*, jest tylko przypadem i to jak wiadomo, ani nie ciągłym ani nie koniecznym wiewióra. Dlatego też włościanin z Krakowskiego przyszedłszy do lekarza powiada nieraz: „mam wiewiór, ale bez rzeżączki!“ (*Przyp. red.*).

rowicze (*iritis serosa*); tworzy rzadko zrosty, które łatwo się rwą pod wpływem atropiny.

4) Recydywuje często a mianowicie wtedy, gdy występują bóle stawowe; może też jednak wystąpić i samo.

5) Ma dążność do zajęcia równocześnie obu oczu lub jednego po drugiem.

6) Jodek potasu działa w tej formie znakomicie, gdy przeciwnie w innych formach jest wskazaną rtęć. (*Spitalul. Nr. 2. 15. Januarie. 1893*). *Autor.*

Bakteryologia.

Auerbach: **Produkcya i sterylizacya mleka dla dzieci.**

Że mleko wyjałowione sposobem Soxhleta nie zawsze odpowiada wymaganiom lekarzy, to przyczyna tego tkwi w rozmaitym składzie mleka, które jest obrazem ogólnym stósunków ekonomicznych. Jak w ustroju ludzkim, tak i w bydlęcym zmiana pokarmu wywołuje rozmaite przypadłości, przedewszystkiem biegunki przytrafiające się najczęściej w miesiącach letnich. Badania bakteryologiczne autora mleka bydląt karmionych rozmaitą paszą doprowadziły go do wniosku, że w mleku krów karmionych świeżą paszą znajduje się laseczník masłowy (*bacillus butyricus*) Bałkina wywołujący w krótkim czasie jego rozkład a którego brak w mleku bydląt karmionych suchą paszą. Chcąc przeto, by mleko miało swą wytrzymałość, to potrzeba w lecie, gdzie po większej części mleko jest od krów karmionych paszą świeżą, gotować go przez 80 minut w ciepłocie 100° C. a nie przez 30 minut. (*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 14. 1893*). *Dr. Komorowski.*

Chirurgia.

J. Hersche: **Operacya torbiela trzustki o rzadkiem położeniu anatomicznem.**

Do oddziału chirurgicznego Hackera w Wiedniu zgłosiła się 32-letnia kobieta z guzem wielkości głowy dorosłego mężczyzny; guz ten zajmował prawie całe lewe podpępcze, sięgał ponad pępek na 2 ctm. oraz na prawo poza linię środkową brzucha na 3 ctm. Badając przez pochwę, wyczuwało się guz oraz wykazać było można w nim niewyraźne chełbotanie. Za przesuwaniem guza w kierunku strzałkowym przesuwała się wraz z guzem część pochwowa; macica w tyłozgięciu, zepchnięta na prawo. Rozpoznano torbiel jajnika. Podczas operacyi okazało się, że jajniki nic patologicznego nie przedstawiają i że w danym przypadku chodzi o torbiel trzustki; uderzającem było położenie jelit względem torbiela a mianowicie okrężnica poprzeczna przebiegała ponad nią, pod nią zaś leżały pętle jelita cienkiego. Torbiel nacięto, treść wygarnięto i jamę wypełniono gazą jodoformową; w 4 miesiące po operacyi wypisano chorą ze szpitala z przetoką, która po 2 miesiącach zupełnie się zagoiła.

Przypadek ten jest ciekawym ze względu na położenie guza, gdyż różni się on od wszystkich dotychczas opisanych (35 przypadków) torbieli trzustki; torbiele te, o ile nie wypełniają całej jamy brzusznej, co oczywiście nadzwyczaj rzadko się zdarza, leżą zazwyczaj w torebce sieci brzusznej (*bursa omentalis*), gdyż rozsuwając listki kreski okrężnicowej, pomiędzy którymi się rozrastają, wypychają przeważnie górny jego listek; wskutek tego zarówno okrężnica jako też i jelita cienkie leżą poniżej torbieli. W przypadku Herschego rzecz się miała wręcz przeciwnie: dolny listek kreski okrężnicowej został przez rozrastający się torbiel zepchniętym ku dołowi; wskutek tego guz zajmował dolną część jamy brzusznej a okrężnica poprzeczna przebiegała ponad torbielem. — Powyższy przypadek zasługuje więc na uwagę jako unikat pod względem anatomicznym. (*Wien. klin. Woch. Nr. 51. 1892*). *Dr. Klecki.*

Notatki terapeutyczne.

Van Hoour: **O leczeniu piegów.**

Barthélemy okazywał na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa dermatologicznego i syfiligraficznego fotografie osób leczonych przez Dra Van Hoonra w Amsterdamie sposobem podanym przez Unnę z Hamburga na piegi, trądzik (*acne rosacea*) i inne choroby skórne, szpecące twarz a zwanym metodą zeskrobywania (*méthode dite d'ecorchement*).

Sposób ten leczenia prowadzi do zdjęcia z twarzy całej jakoby maski z powierzchownych warstw przyskórka, pod któremi głębsze jego warstwy okazują wejrzenie świeże, bez plamy, nic nie szpecące ani nie wstrętne. Rezultat ten otrzymywano bez wielkiego bólu mniej więcej w ciągu tygodnia. W przypadkach prostych złogów barwikowych przyskórka wystarcza jedno użycie przerzeczonego sposobu leczenia. W razie zmian głębszych a przez to dla leczenia oporniejszych, mianowicie wielu blizn, np. po ospie, gdzie rozchodzi się o zmniejszenie, ile możności różnicy w zabarwieniu i poziomie między bliznami a skórą zdrową, trzeba kilkakrotnie użyć tego leczenia.

Leczenie rozpoczyna się w ten sposób, że kilka razy dziennie powleka się miejsce przeznaczone do leczenia pomadą sporządzoną podług przepisu:

70) Rp.	*Resorcini puri*	*40·00*
	Zinci oxydati	*10·00*
	Silicii puri et anhydrici subtilissime pulverati	*2·00*
	Axungiae porci	*20·00*
	Olei olivarum	*8·00*

MS. zewnętrznie.

Po trzech lub 4 dniach takiego leczenia skóra nabiera podobieństwa do pergaminu (*se parchemine*) a następnie pęka. Wtedy opatruje się ją klejem, sporządzonym podług przepisu:

71) Rp.	*Gelatinae albae*	*1·50*
	Zinci oxydati	*1·50*
	Glycerini 30° puri	*2·50*
	Aquae destil	*4·50*

pomazując nim na ciepło a następnie pokrywając małą ilością waty. Po kilku dniach najstarsza warstwa przyskórka oddziela się od nowej; wtedy można ją odjąć bardzo łatwo z opatrzeniem, przeciąwszy ją w linii środkowej nożyczkami i otrzymuje się w ten sposób maskę, którą Barthélemy okazał na posiedzeniu wymienionego towarzystwa.

Ten sposób leczenia okazał się praktycznym w oddziale szpitalnym prof. Fourniera w Paryżu.

W mimowolnem moczeniu nocnem (*enuresis nocturna*) zaleca Blake Wite:

72)	*Natrii benzoici*	
	Natrii salicylici	
		āā 1·00
	Exti belladonnae	*0·10*
	Aquae cinnamomi	*120·00*

MDS. Po 4 do 5 łyżeczek od kawy dziennie zażywać. (*La semaine médicale nr. 18. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

IX. posiedzenie z dnia 19. maja 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kwiatkiewicz: Ośmielam się opisać Sz. Kolegom następujący przypadek porodu przy zwężeniu bliznowatem pochwy połączonem z ogólnem zwężeniem miednicy płaskiej.

Chora, o którą chodzi, 27 lat licząca, podaje, że w dzieciństwie była zawsze zdrową. W 16. r. życia wystąpiła pierwsza regularność, która odtąd prawidłowo powracała co 4 tygodnie. W 23. r. życia pierwsza ciąża, która w czwartym miesiącu bez znanego powodu i bez następstw chorobowych zakończyła się poronieniem. W pół roku potem druga ciąża, która zakończyła się także przedwcześnie, w piątym miesiącu, również bez znanych powodów i bez następstw. W rok później, t. j. w 25. r. życia trzecia ciąża; tym razem poród nastąpił z końcem ciąży, jednak dopiero po trepanacyi płodu donoszonego. W następstwie tego porodu długa, przeszło pół roku trwająca ciężka

słabość. W obecnej ciąży miała się chora dobrze. Do kliniki przybyła 7. kwietnia przysłana przez lekarza miejscowego w 4. dniu porodu. Jestto osoba średniego wzrostu, źle odżywiona, blada. Na kończynach i czaszce nie widzimy objawów przebytej w dzieciństwie krzywicy. Pod cienką i wiotką ścianą brzucha macica w dolnym odcinku znacznie wydłużona. Nieco poniżej pępka przebiega na niej głęboki rowek skośnie od góry i strony prawej nieco ku dołowi i stronie lewej. Reszta macicy silnie i stale skurczona i twarda tak, że badaniem zewnętrznem nie można było rozpoznać dokładnie położenia płodu. Przypuszczano jednak położenie ukośne miednicowe I. Tętno płodu po stronie lewej nad pępkiem wyraźne. Zewnętrzne wymiary miednicy: *Conj. ext.* $17^1/_2$, *interspinalis 22, intercristalis 27.* Badanie wewnętrzne wykazuje, że pochwa nieco powyżej połowy swej długości pozornie kończy się ślepo i to skutkiem bliznowatego zwężenia tak znacznego, że zaledwie można wymacać małe, nie przepuszczające końca palca zagłębienie we środku. Od miejsca zwężenia przebiegają ku wejściu do pochwy mocno naprężone, podłużne blizny, zwłaszcza po stronie prawej i na tylnej ścianie pochwy. Części poprzedzającej płodu, ani wymiarów wewn. miednicy wybadać nie podobna.

Stan ten chorej, z uwagi na to, że poprzedni poród musiano ukończyć za pomocą trepanacyi, dawał wyraźne wskazania do cięcia cesarskiego. Ponieważ jednakże niebezpieczeństwo pęknięcia macicy skutkiem wzrastającego prawie w oczach wydłużenia dolnego odcinka macicy wzmagało się z każdą chwilą, uznano, że bez narażenia życia matki czasu na przygotowania do cięcia cesarskiego tracić nie podobna i postanowiono jak najspieszniej przekonać się, czy poród nie da się ukończyć drogą naturalną. *Conj. ext.* $17^1/_2$ cm. wynosząca nie odbierała nadziei, że może przecież da się wydobyć płód żywy. Jakoż pokazało się we wzierniku Simona, że wyżej opisane zagłębienie w miejscu zwężenia pochwy przepuszcza zgłębnik maciczny, który ponad zwężeniem daje się poruszać swobodnie. Wprowadzono więc natychmiast bistur galkowaty i zdołano w kilku minutach jużto przez nacięcia tak nim jakoteż nożyczkami Coopera, jużto na tępo prawie zupełnie usunąć zwężenie pochwy. Krwawienia przytem prawie wcale nie było. Ponieważ i teraz w nieuszkodzonym jeszcze pęcherzu płodowym nic można było wybadać żadnej części poprzedzającej, przeto po dokładnej desinfekcyi całej pochwy wprowadzono w narkozie rękę lewą do macicy. Płód cały znajdywał się, w położeniu wyżej już podanem, w górnym odcinku macicy; *promontorium* jednak tak znacznie występowało ku przodowi, że już wtedy nie mogło być mowy o wydobyciu żywego płodu. Ściągnięto przeto po przebiciu pęcherza płodowego nóżkę prawą. Uwolnienie rączek było łatwe, wydobycie jednak główki u wejścia macicy na taki natrafiło opór, że płód wkrótce żyć przestał a główka dała się wydobyć dopiero po przebiciu jej za pomocą *perforatorium* Naegelego i wymóżdżeniu. Powierzchowne pęknięcie tylnej ściany pochwy, zespojone kilkoma szwami jedwabnemi, zrosło się wkrótce przez rychłozrost. Połóg był prawidłowy i chora opuściła zakład dnia 19. kwietnia. Miejsce zwężenia i podłużne blizny pochwy taki stawiały opór podczas badania, że i przed opuszczeniem zakładu przez chorą nie można było oznaczyć wymiarów wewnętrznych macicy (*referat własny*).

Kol. Jan R o s n e r zaznacza doniosłość przypadku opisanego ze względu na wskazania operacyjne. Po zbadaniu rodzącej był kol. R. zdania, że wobec rozległego zwężenia pochwy trzeba będzie poród zakończyć cięciem cesarskiem. Operacyę tę przeto brano w rachubę, jednakże wobec braku warunków do laparotomii, t. j. sali operacyjnej a choćby tylko pokoju wolnego, któryby można na prędce zastósować na ten cel, wykonanie operacyi musiałoby być na kilka godzin odłożonem. Tymczasem udało się w krótkim przeciągu czasu usunąć w zupełności przeszkodę w drogach porodowych miękkich tak, że poród mógł odbyć się gładko drogą naturalną. Że zaś dalsza zwłoka z przyczyny coraz bardziej grożącego pęknięcia macicy (pierścień Bandla posunął się od chwili przyjęcia znacznie ku górze) była przeciwwskazana a przeciw zakończeniu porodu drogą naturalną nic nie przemawiało (*conjug. ext.* $17^1/_2$ cm. wynosząca nie daje wskazania do cięcia cesarskiego), przystąpiono do zakończenia porodu w sposób przez kol. Kwiatkiewicza opisany.

Przy tej sposobności wspomina kol. R. o przypadku z prywatnej praktyki prof. Madurowicza, w którym zbliznowacenie pochwy obok przetoki pęcherzowo-pochwowej dochodziło do tego stopnia, że o zakończeniu porodu drogą naturalną prawie myśleć nie było można, a w którym pomimo to udało się wydobyć kleszczami dziecko żywe (*referat własny*).

Kol. S k a ł k o w s k i wymieniwszy sposoby powstawania i rodzaje bliznowatych zwężeń pochwy (urazowe, kiłowe, potyfusowe, nomatyczne i t. p.), zaznacza, że zbliznowacenia i zniekształcenia pochwy powstają najczęściej wskutek skaleczeń i obrażeń pochwy przy trepanacyach, zakładaniu kleszczy i innych rękoczynach wykonywanych podczas porodów. W zwężeniach pochwy, choćby najznaczniejszych, należy zająć zawsze stanowisko wyczekujące. W przypadku jednakże kol. Kwiatk. z powodu grożącego pęknięcia macicy było wskazanie do cięcia cesarskiego a to tem bardziej, że wobec zwężenia pochwy nie można było zbadać, jak się zachowywała miednica a wywiady przemawiały za zwężeniem miednicy. Zdaniem kol. Skałk. należało przeto w danym przypadku wykonać cięcie cesarskie. — Podczas narkozy ustępują bóle, wskutek czego nawet w razie grożącego pęknięcia macicy zyskujemy na czasie i możemy zrobić odpowiednie przygotowania do laparotomii.

Kol. R o s n e r w odpowiedzi na przemówienie kol. Skałk. zastrzega się stanowczo, jakoby perforacya główki poprzedzającej lub następującej była operacyą dla matki tak groźną, żeby mogła sprowadzić rozległe obrażenia części rodnych. Perforacya główki ze szkodą dla matki świadczy o niezręczności operatora. Myli się kol. Skałk., jeżeli utrzymuje, że trepanacya sprowadza zbliznowacenia i zniekształcenia pochwy, bo przyczyną owych zbliznowaceń jest zazwyczaj przewlekanie się sprawy porodowej i długotrwały ucisk ze strony główki na ściany pochwy (*decubitus*). Odnośnie do twierdzenia kol. Skałkowskiego, jakoby w danym przypadku należało wykonać cięcie cesarskie w ubikacyi i w warunkach jakichkolwiek, przyznaje kol. R., że należy do mniej odważnych a więcej ostrożnych operatorów, na warunki do laparotomii zwraca i zwracać będzie zawsze baczną uwagę, bo jest zdania, że dla osiągnięcia pomyślnego wyniku laparotomii okoliczność ta jest niemałej wagi (*referat własny*).

Kol. S k a ł k o w s k i jest zdania, że niewątpliwie wskutek rękoczynów powstają obrażenia i zniekształcenia pochwy. Kol. S. zna przypadki, w których zamiast główki trepanowano *promontorium* i t. p. Co się tyczy warunków do laparotomii, to w oddziale położniczym zawsze znajdzie się pokoik, w którym niema chorych gorączkujących i który da się przygotować do laparotomii. W przypadku kol. Kwiatk., jakkolwiek nie było bezwzględnego wskazania do cięcia cesarskiego, to wobec grożącego pęknięcia macicy i wobec tego, że można się było spodziewać zwężenia miednicy, byłby kol. Skałk. bez wahania przystąpił do cięcia cesarskiego.

Kol. K w i a t k i e w i c z zaznacza, że byłby również natychmiast wykonał cięcie cesarskie, gdyby się nie było udało z taką łatwością i tak szybko usunąć przeszkody w pochwie.

3) Kol. O b t u ł o w i c z przedstawia preparat anatomiczny w postaci kawałka kości czołowej nekrotycznej wydobyty przez operacyą.

T. H., 35-letnia wieśniaczka z Łuki, twierdzi, że we wrześniu 1889 r. spostrzegła na czole po stronie lewej pryszczyk wielkości grochu a raczej guz twardy, który powoli wzrastał a za dotknięciem się lub uciskiem sprawiał jej ból znaczny. Gdy środki domowe nie pomagały, zgłosiła się 12. czerwca 1890 r. do Dra Richtera w Potoku Złotym, który stwierdził w okolicy kości czołowej po stronie lewej, na palec ponad łukiem brwiowym lewym, ubytek skóry wielkości talara, otoczony zgrubiałymi brzegami granulującej skóry i oddzielony mostkiem skóry od drugiego mniejszego ubytku wielkości pół centa. W głębi widać obnażoną, zczerniałą kość. Kobieta ta była miernie odżywioną, o budowie ciała prawidłowej. Jak podaje, nie rodziła nigdy a chorób kiłowych również nie przebywała. Męża jej nie badano. Rozpoznawszy martwinę kości czołowej zawezwał mnie Dr. R. do narady i do operacyi, której dokonałem 18. czerwca 1890 r. Po przecięciu mostka skórnego oddzielającego obydwa otwory w powłokach czaszkowych i po oddzieleniu zgrubiałych brzegów skórnych od kości czołowej, odsłoniłem całą część ne-

krotyczną, którą z łatwością oddzieliłem za pomocą dłutka. W głębi ukazała się zgrubiała opona twarda mózgu z lekkim nalotem włóknikowym na powierzchni. Wydobyta kość czołowa przedstawia piękny okaz martwiny całkowitej. Kość ta jest na $4\frac{1}{4}$ cm. długa a $3\frac{1}{2}$ cm. szeroka, kształtu nieregularnie owalnego i okazuje na wewn. powierzchni lekki nalot zapalny zwapniały (*referat własny*).

4) Kol. Schramm przedstawia preparat uzyskany przez operacyę: guz zaotrzewnowy wyjęty u kobiety 45-letniej. W przypadku tym rozpoznano pierwotnie puchlinę nerkową (*hydronephrosis*) a operacya wykazała guz stały, tylko po większej części torbielowato zwyrodniały. Szczegóły tego przypadku będą podane później po dokładnem zbadaniu drobnowidowem nowotworu.

Kol. Barącz nie przypomina sobie, kto jest autorem metody zszywania ze sobą obu blaszek otrzewny przed wyłuszczeniem guza przy nefrektomii pozaotrzewnowej. Jakkolwiek z jednej strony postępowanie to zabezpiecza przed zakażeniem jamy otrzewnowej najpewniej, tak z drugiej strony wydaje się, że ma tę stronę niekorzystną, że przy tem postępowaniu można pomiędzy obiema blaszkami wszyć pętlę jelitową, co może być powodem śmiertelnej niedrożności jelit. Kol. B. był świadkiem tego nieprzyjemnego powikłania w klinice prof. Mikulicza w r. 1884. Po operacyi wystąpiła ostra niedrożność jelit, której przyczynę odkryto na stole sekcyjnym, czego kol. B. był świadkiem. Chirurgowie angielscy zszywają tylną blaszkę osobno już po wyłuszczeniu guza, wprowadzając kikut podwiązanego moczowodu na zewnątrz (Thornton), albo wyprowadzając go przez cięcie w okolicy lędźwiowej (Morris) (*referat własny*).

Kol. Schramm nadmienia, że przyszywa tylną blaszkę otrzewny do przedniej w tych przypadkach, w których obawia się wylania treści guza do jamy otrzewnowej.

Kol. Ziembicki przypomina sobie przypadek, w którym podobnie operował, jak kol. Schramm, a w którym wystąpiło znaczne i bardzo długo trwające ropienie.

Sekretarz *Dr. Bory.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie II. dnia II. maja 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że Zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu, stósując się do życzenia komisyi przemysłowo-lekarskiej, zniżył o 16·67% cenę wody iwonickiej na sprzedaż przeznaczonej i wyrażono zdanie, że zniżenie to przekona lekarzy o dobrych chęciach Zarządu, zachęci ich do polecania wody iwonickiej chorym, potrzebującym wód słonojodowych i przyczyni się do większego rozpowszechnienia tej wody zdrojowej, która znana oddawna ze swej skuteczności śmiało rywalizować może z podobnemi wodami zagranicznemi.

2) Upoważniono sekretarza komisyi do ułożenia i ogłoszenia spisu lekarzy praktykujących w zdrojowiskach polskich i lekarzy Polaków ordynujących w zdrojowiskach i uzdrowiskach zagranicznych.

3) Uchwalono wezwać właściciela Drużbak na Spiżu, by postarał się o rozbiór ilościowy wody zdrojów tamże wytruskających a to w myśl wniosku referenta tej sprawy, Doc. Dra Bandrowskiego, przedstawionego przez Dra Surzyckiego.

4) Uchwalono uprosić Proff. Drów Jaworskiego i Olszewskiego o ponowne zbadanie wód gazowych pp. K. Rzący i Chmurskiego, których wyrób Towarzystwo lek. krak. oddało pod kontrolę komisyi przemysłowo-lekarskiej.

5) Przyjęto do wiadomości sześć świadectw lekarskich i weterynarskich o stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach za czas od 28. lutego do 1. maja b. r. i dwa takież świadectwa za czas od 20. marca do 16. kwietnia b. r. z mleczarni w Gnojniku.

6) Świadectwo weterynarskie zarządu mleczarni w Grodkowicach z dnia 29 stycznia b. r., które nadeszło w dniu 29. lutego b. r., wobec uchwały, jaką powzięło Tow. lek. krak. w d. 22. lutego b. r., jako bezprzedmiotowe złożono do akt.

7) Uchwalono zwrócić uwagę p. Lebensteina, fabrykanta poleconych przez Tow. lek. krak. papierków synapismowych, że firmy zagraniczne nadsyłają aptekarzom papierki z napisami polskiemi i firmami aptek i że konkurencyę tę zwalczyć może tylko częstszem ogłaszaniem swego wyrobu i zawiązaniem żywszych stósunków z aptekarzami.

8) Przyjęto do wiadomości zawiadomienie mag. farmacyi M. Zahradnika, że fabrykę kapsułek leczniczych przeniósł z Jezierny do Złoczowa, i uchwalono nadal popierać ten wyrób ze wszech miar na uznanie zasługujący.

9) Po ponownem zbadaniu jarzyn suszonych pierwszej amerykańskiej suszarni owoców i jarzyn w Bochni, będącej obecnie wyłączną własnością p. Jana Rożańskiego, uznano, że jarzyny te tak samo, jak poprzednio przez Komisyę badane a przez Tow. lek. krak. polecone, zasługują na wszechstronne poparcie.

10) W sprawie wzięcia udziału Tow. lek. krak. w powszechnej wystawie krajowej, w roku 1894 we Lwowie odbyć się mającej, komisya wezwana przez b. Prezesa Tow. lek. Dra Ponikłę uchwaliła na posiedzeniu odbytem w dniu 18. lutego b. r. przedstawić temuż Towarzystwu program tych przedmiotów, jakie mogą być posłane na wystawę. Komitet Tow. lek krak. na posiedzeniu w dniu 3. marca uchwalił jednomyślnie prosić komisyę przemysłowo-lekarską o zajęcie się wystawą w imieniu Tow. lek. krak. Wobec tego komisya przemysłowo-lekarska uprosiła sekretarza Dra Śliwińskiego, by się tą sprawą zajął, z tem jednak zastrzeżeniem, że w myśl obowiązującego statutu o uchwale komitetu zawiadomione zostanie Towarzystwo lekarskie i że ono ponosić będzie koszta wystawy.

11) Uchwalono wziąć pod rozwagę ocenienie sposobu przechowywania masła podanego przez p. L. Seelinga w Izdebniku.

12) Na podstawie korzystnego ocenienia przez Prof. Dra Rosnera wazeliny krajowej wyrobu Brunickiego, Jakubowskiego i Sp. w Klęczanach pod Nowym Sączem, wydanego w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 22. lutego b. r., uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia ten przetwór, który już poprzednio zbadali pod względem chemicznym Prof. Steingraber a pod względem zastósowania w okulistyce Prof. Dr. Rydel. Prezes Tow. lek. Prof. Dr. Łazarski podjął się sprawę tę referować imieniem komisyi na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lek.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wiadomości bieżące.

— Zwracamy uwagę, iż na porządek dzienny posiedzenia Tow. lek. krak. w dniu 21. czerwca b. r. odbyć się mającego przyjdzie ważna sprawa wyboru do izby lekarskiej.

— Prof. Dr. Halban ze względu na swe zdrowie złożył urząd dziekana Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim; na jego miejsce powołano do końca bieżącego roku szkolnego prof. Dra Stopczańskiego. Dziekanem na przyszły rok szkolny wybrano prof. Dra Browicza.

— W miejsce ustępującego z posady Dra Maksymiliana Cerchy mianował Wydział lekarski U. J. pierwszym asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej asystenta drugiego Dra Aleksandra Rosnera, asystentem zaś drugim Dra Ludwika Świtalskiego.

— Namiestnictwo Galicyi wraz z W. Kstwem Krakowskiem rozpisuje na mocy ustawy z dnia 23. grudnia 1891 wybory do izb lekarskich w Krakowie i we Lwowie. W Krakowie izba ma się składać z jedenastu członków i tyluż zastępców, we Lwowie z trzynastu członków i również tylu zastępców. Lekarze krakowscy i lwowscy wybierają jedni i drudzy po 4 członków i tylu zastępców. Lekarze na prowincyi w każdej grupie wyborczej po członku i zastępcy. Karty głosowania wypełnione należy oddawać w Krakowie i we Lwowie magistratom, na prowincyi starostom powiatowym.

Czynne i bierne prawo wyboru ma każdy lekarz do praktyki lekarskiej uprawniony, jeżeli się tego prawa wyraźnie nie zrzekł, z wyjątkiem lekarzy czynnych przy władzach politycznych.

— Z ogłoszonego przez inspektora szpitali cywilnych warszawskich, prof. Czausowa, zdania sprawy za rok 1891 dowiadujemy się, iż w 8-miu szpitalach ogólnych było chorych w tym roku 19300 (10181 mężczyzn i 9119 kobiet), umarło 2402 osób, dni szpitalnych było 402288, średnia dzienna liczba chorych 1102·1, średnia liczba dni przebytych w szpitalu przez chorego 21·5. Procent śmiertelności był 12·8, wahając się między 10·5 w szpitalu ewangielickim a 16·7 w szpitalu zapasowym. Najwięcej chorych leczyło się w szpitalu Dzieciątka Jezus (6850) i w żydowskim (5133). Odmówiono przyjęcia 3942, między nimi 3556 dla braku miejsca. Największą liczbę chorych (14%) stanowili wyrobnicy. (*Zdrowie*).

— W szpitalu św. Łazarza w Krakowie leczono w roku 1892 osób 8745 mianowicie mężczyzn 4258, kobiet 4487. Opuściło zakład wyleczonych 3020 m., 3304 k. razem 6324, z polepszeniem 260 m. 234 k. razem 494, niewyleczonych 272 m. 208 k. razem 480, umarło 435 m. 416 k. razem 851, razem przeto ubyło 3987 m. 4180 k. razem 8167, zostało się w leczeniu na rok 1893 271 m. 307 k. razem 578. Łóżek było dla chorych 572, dla posługi 90. Ilość dni leczenia wyniosła 2109036, średni czas leczenia chorego 250 dni, leczono średnio dziennie 600 chorych. Największa liczba chorych 646 dnia 11. marca 1892, najmniejsza 489 dnia 12. października 1892.

— Drowie L. Brühl i A. Natanson w Warszawie otrzymali koncesyą na założenie lecznicy ginekologicznej, która wędług zatwierdzonej przez Ministeryum spraw wewnętrznych ustawy ma składać się z dwóch oddziałów: dla przychodzących chorych i dla pensyonarek (na początek 8 łóżek). W zakładzie znajdować się ma oddzielna sala operacyjna. Liczbę łóżek wolno zwiększyć, z zachowaniem jednak przepisów o kubiczności.

— Kol. Władysław Janowski w Warszawie otrzymał w dniu 21. maja r. b. po obronie rozprawy p. t. Przyczynek do anatomii patologicznej biliarnej cyrrozy wątroby u człowieka stopień doktora medycyny w uniwersytecie warszawskim.

— Dr. Brandes miał odkryć, jak donosi *The Medical Bulletin*, że wszędzie tam, gdzie rośnie roślina kanadyjska *Anacharis alsinastrum*, malarya albo wcale się nie pojawia albo tylko bardzo rzadko i że w okolicach malarycznych po rozkrzewieniu w nich tej rośliny malarya znika. Radzi przeto sadzenie jej w okolicach bagnistych.

— Na naleganie właściwego profesora zbudowano dla kliniki położniczo-ginekologicznej w Madrycie przeźroczystą i aseptyczną salę operacyjną ze szkła w ten sposób, że widzowie oddzieleni są zupełnie od operowanej, operatora i jego pomocników ścianami pionowemi, mogą wszakże wszystko widzieć dokładnie i słuchać objaśnień profesora.

— **Cholera.** We Francyi prócz z departamentów północnozachodnich donoszą o jednym przypadku cholery azyatyckiej w Paryżu a w ostatnich dniach o wystąpieniu cholery na południu Francyi w Montpellier, Lunel, Frontignan, Saint-Pons, Tuluzie, Nimes i Cette. W Hamburgu nie pojawił się więcej ani jeden przypadek. W Rosyi donoszą z kilku tylko gubernij o przypadkach sporadycznych z wyjątkiem Podola, gdzie od 13. do 27. kwietnia zachorowało 247 a umarło 68 osób. W Kalkucie umarło na cholerę od 16. do 22. kwietnia 35 osób.

— Prof. Gwidon Baccelli w Rzymie otrzymał bardzo pomyślne skutki ze wstrzykiwań do żył sublimatu w ciężkich formach kiły, w róży a nawet w raku. *Deutsche med. Wochenschrift* ma wkrótce w tej mierze ogłosić jego pracę.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Docent prywatny Dr. Röhmann we Wrocławiu mianowany profesorem nadzwyczajnym. Habilitowali się: Dr. Benecke w Gietyndze na docenta prywatnego anatomii patologicznej i patologii ogólnej, Dr. Spirydyon Afanazyew na prywatnego docenta medycyny wewnętrznej w akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu. Mianowani: w Bukareszcie Dr. Obregia profesorem histologii, w Kazaniu Dr. Argutyński-Dołgoruków profesorem pedyatryi, w Londynie prof. anatomii patologicznej Dr. Duffin profesorem medycyny wewnętrznej w Kings-College, na jego miejsce Dr. Dalton profesorem anatomii patologicznej. W Birmingham Dr. Gilbert Barling profesorem chirurgii w Queens College.

— Osoba nie chcąca wymienić swego nazwiska, spóźniwszy się ze złożeniem wieńca na trumnie ś. p. Dra Jana Kantego Wojtaszka złożyła w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* 30 złr. na wdowy i sieroty po lekarzach. Kwotę odeślemy niebawem do miejsca właściwego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 go czerwca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Sprawa wyborów do izby lekarskiej; 2) Zapowiedziany wykład kol. Mayzla; 3) kol. prof. Walentowicz będzie mówić o wartości dyagnostycznej malleiny; 4) Demonstracya kol. Zolla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do niniejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów w Galicyi i W. Księstwie Krakowskiem osobny dodatek zawierający obwieszczenie i rozporządzenia c. k. Namiestnictwa we Lwowie w sprawie utworzenia i wyboru do izb lekarskich we Lwowie i w Krakowie.

Stacyja kolei MUSZYNA-KRYNICA,
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Pesztu 12 „

C. k. Zakład zdrojowy
KRYNICA
(w Galicyi)
najobfitsza szczawa żelazista.

W miejscu
Poczta 3 razy dziennie,
Telegraf, Apteka.

W Karpatach 590 metr. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żeleziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwarza (w roku 1892 wydano ich 32,000).

Kąpiele borowinowe parą ogrzewane (w r. 1892 wydano ich 12,000).

Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowy.

C. k. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specyalisty Dra K. Ebersa (w r. 1891 wydano procedur hydropatycznych 27.000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych. Żentyca, kefir, gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolno praktykujących.

Spacery: Bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w urocze Karpaty.

Mieszkania: Przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzonych, z pościelą kompletną, usługą. dzwonkami elektrycznemi, piecami itd.

Kościół katolicki i cerkiew Wspaniały Dom zdrojowy, kilka restauracyj. Kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21. maja Stały Teatr. koncerta. — Frekwencya w r. 1892 4600 osób.

Sezon od 15. maja do 30. września.

W Maju, Czerwcu i Wrześniu ceny kąpiel, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi zniżone.

Rozsełka wody mineralnej: od Kwietnia do Listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i za granicą.

W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p., udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela wyjaśnień

63—6—4 *C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.*

Dr. Pomorski 90—5—5

lekarz chorób kobiecych z Poznania, były asystent kliniki A. Martina w Berlinie i prof. Grawitza w Gryfii

praktykuje

podczas sezonu latowego od 28. maja do 1. września

w Landeck na Szląsku.

Styryjski krajowy zakład leczniczy.

Rohitsch kwaśne wody.

Stacya kolei południowej Poltschach.

Sezon od 1. maja do 30. września.

Wody, kąpiele, kuracya wodna i żętyczna i t. d.

Broszury i prospekta gratis przez Dyrekcyę.

Tempel i Styria źródła

zawsze świeże napełnienie,

wypróbowane od dawna jako sól glauberska przeciw chorobom narządów trawienia, także przyjemny napój chłodzący. 25—4—4

Do nabycia w Zarządzie zdrojowym, składach wód mineralnych, znanych handlach korzennych, drogueryach i aptekach, również w willi w Grazu.

Kąpiele borowinowe w domu



Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 1—21—10

MARIENBAD.

Alkaliczne źródła, zawierające sól glauberską, żelazo. 56—6—5 Kąpiele kwasu węglowego, błotne, stalowe, parowe, gazowe i gorące kąpiele powietrzne. Zakład wodoleczniczy. Skuteczne w chorobach żołądka, wątroby, zastoin w układzie żyły wrotnej, pęcherza, chorob. kobiecych, ogólnych, przeciw otyłości, niedokrewności, cukrzycy i t. d. Rozsyłka wód mineralnych przez Zarząd źródeł. Rozsyłka naturalnych syli pastylek przez **Müllera, Philippa i Sp.** Nowo zbudowana kolonnada. Elektryczne oświetlenie miasta, polowania, łowienie ryb. **Sezon od I. maja do 30. września.** Frekwencya **16000** (z wyjąt. przejezdnych). Prospekty, broszury u burmistrza gratis.

Zuckmantel, Szląsk austr.

UZDROWISKO i ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Zakład dla fizykalnych metod leczenia: hydro- i mechanoterapija, gimnastyka szwedzka, masaż. Elekterapija: galwanizacyja, faradyzacyja, franklinizacyja. Kąpiel elektryczna. Pneumatoterapija. Kuracyja dyjetetyczna i terenowa. Wspaniałe powietrze górskie i leśne.

Ceny umiarkowane. — Prospekty rozsyła się darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący: 46—10—6

Dr. Ludwik Schweinburg,

długoletni 1. asystent prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.